

La mésadaptation sociale des jeunes : problématique et perspectives

Jean Toupin, Charles Tilquin et Henri Mercier

Volume 9, numéro 1, juin 1984

Pratique analytique et psychose

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030221ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030221ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Toupin, J., Tilquin, C. & Mercier, H. (1984). La mésadaptation sociale des jeunes : problématique et perspectives. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 166-168.
<https://doi.org/10.7202/030221ar>

LA MÉSADAPTATION SOCIALE DES JEUNES : PROBLÉMATIQUE ET PERSPECTIVES

La mésadaptation sociale des jeunes âgés de 5 à 17 ans est numériquement importante au Québec. À titre d'exemple, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain comptabilisait 2 317 places résidentielles et 1 000 places externes pour la seule ressource centre d'accueil pour jeunes mésadaptés 1982-83 (C.S.S.S.R.M.M. (1983) rapport annuel 1982-83, p. 27). Malgré l'importance du phénomène de la mésadaptation sociale chez les jeunes, il n'existe pas à notre connaissance d'instruments fiables et valides, comme support à la décision, pour déterminer les programmes requis par les jeunes. En réponse à cette problématique s'est amorcée en 1983 une recherche portant sur l'évaluation et l'orientation de ces jeunes dans le réseau des Affaires sociales¹.

Cette communication témoigne du rationnel et des approches utilisées pour produire un instrument d'évaluation des besoins des jeunes (5-17 ans) et de leur famille, en santé mentale, dans le but de planifier les programmes appelés à répondre à leurs besoins.

Dans un premier temps nous présenterons les deux grandes approches documentées dans la littérature en planification des programmes sociaux et de santé. Dans un second temps nous décrirons une approche globale, proposée pour pallier aux insuffisances des approches précédemment détaillées.

Les deux grandes approches auxquelles nous nous intéresserons dans un premier temps sont l'approche diagnostique et l'approche centrée sur les besoins.

L'approche diagnostique

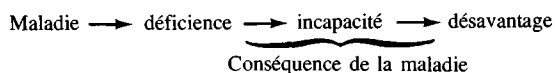
L'approche diagnostique classique identifie et classifie les maladies présentes dans la population

cible selon les étiologies et propose les traitements conséquents. C'est par addition des diagnostics individuels, qu'on obtient un portrait de la prévalence de la «maladie» dans la population cible et que les programmes de traitement sont planifiés. L'utilisation du diagnostic a été fréquemment contestée dans la littérature : la pratique diagnostique introduit des facteurs biaisants (McDermott, 1981); il y a absence de points de référence réels pour la classification des désordres de l'enfance (Garfield, 1978; et sa consistance est très faible (Achenback, Edelbrock, 1978; Spitzer *et al.*, 1979).

Au-delà des critiques adressées à la fidélité et à la validité du diagnostic, ce dernier serait insuffisant pour déterminer les interventions requises par un bénéficiaire (Knesper, Miller, 1976) et à fortiori celles d'une population cible. Cassel (1974) explique l'absence de consensus sur la définition, la mesure et la classification du statut mental par la diversité des buts poursuivis. On ne saurait exiger d'une classification qu'elle réponde à la fois à des objectifs de traitement individuel, de planification des programmes, de recherche sur l'étiologie, etc. Nous ne pouvons contester l'utilité de l'approche diagnostique, à certaines fins, mais nous croyons comme certains auteurs qu'elle s'avère insuffisante pour planifier les programmes de santé mentale. Les raisons en sont multiples mais nous nous contenterons d'en aborder trois qui nous apparaissent fondamentales.

Le modèle diagnostique traditionnel, qui s'appliquait fort bien aux maladies infectieuses, a une valeur beaucoup plus limitée dans le cas des problèmes d'adaptation parce qu'il ne permet pas de rendre compte de toutes les facettes de la situation problématique. À titre illustratif des limites de ce

modèle, notons que l'Organisation Mondiale de la Santé (1980) a soutenu que l'extension du modèle médical était nécessaire selon le schéma suivant :



Ce modèle établit que non seulement la maladie (ou dans le cas qui nous occupe le problème), mais aussi ses conséquences : déficience, incapacité et désavantage, doivent entrer en ligne de compte pour déterminer les besoins de service. Le modèle qui ne tiendrait pas compte des conséquences du problème sous-estimerait la quantité et la variété de programmes requis. Le second élément qui apparaît primordial pour la planification des programmes et dont le modèle diagnostique ne tient pas compte est la variable ressources personnelles et extérieures chez l'individu. En effet, dans l'optique de déterminer les programmes nécessaires selon leur type et leur quantité on ne peut ignorer que des déficiences, incapacités ou désavantages sont parfois supplées par des ressources personnelles de l'individu ou extérieures à celui-ci (son réseau social, par exemple). Bref, l'approche qui négligerait d'examiner les ressources personnelles et les ressources extérieures de l'individu surestimerait la quantité et la variété de programmes requis.

En troisième lieu, l'approche diagnostique apparaît insuffisante pour la prévention primaire car elle opère seulement lorsque le problème est présent. Ainsi, elle ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des facteurs prédisposants, dégradants ou de protection qui modulent l'apparition et l'évolution du problème. On ne saurait dans la perspective de la planification des programmes, surtout pour les jeunes, éviter d'intervenir auprès des facteurs susceptibles de générer la situation problématique, qu'ils soient d'ordre biologique, psychique ou social.

L'approche centrée sur les besoins

L'autre approche qui consiste à identifier les besoins afin de déterminer les programmes requis pose d'autres problèmes. Une des principales limites provient de ce qu'il n'y a pas de consensus sur la définition du mot besoin et qu'il est difficile de le quantifier et de le qualifier. Aussi certains auteurs (dont MacStravic, 1978) tracent une relation d'équivalence entre les besoins et les ressources. Les auteurs

justifient cette équivalence par le fait que des ressources sont invariablement requises pour produire des services et répondre aux besoins.

Cette proposition procède d'un raisonnement tautologique (circulaire) puisqu'on recense les besoins spécifiquement dans le but de déterminer les services, ressources et programmes! Notons encore que souvent, on entend par «besoins», les «besoins de service». Or, cette notion de «besoin de service» implique nécessairement qu'un jugement soit posé, et c'est justement cette base d'information, nécessaire pour juger du besoin de service, qui est objet de notre préoccupation. On peut finalement invoquer à travers le concept de besoin une exigence fondamentale de la nature humaine ou de la société. On traitera alors des besoins physiologiques, du besoin de sécurité affective, du besoin d'exploration, etc. Cette approche fort pertinente dans l'optique de la prévention primaire s'avère très limitée dans les cas de préventions secondaire et tertiaire puisqu'elle ignore les carences ou besoins spécifiques issus des lacunes des ressources personnelles ou extérieures. Ainsi, s'il est primordial d'offrir à un individu les conditions qui assurent son développement, il faut également lorsque des déficiences se manifestent, lui garantir traitement et réadaptation.

Une approche globale

Compte-tenu des limites de chacune des deux grandes approches qui ont cours, il apparaît souhaitable de développer une alternative. Elle pourrait s'inspirer des avantages respectifs de chacune des deux approches. L'approche diagnostique offre un consensus important dans la classification des maladies et la prévention secondaire. Les tenants de cette approche, contrairement à ceux de l'approche centrée sur les besoins, ont développé des critères opérationnels pour définir, mesurer et traiter la maladie. Cependant, ce modèle que nous serions tenté de qualifier de réductionniste nécessite des ajouts. L'addition de ce que l'Organisation Mondiale de la Santé nomme «les conséquences de la maladie» nous apparaît des plus appropriée. Cette modification permettrait au modèle diagnostique une lecture plus fidèle de toute l'étendue des problèmes. Il faut aussi adapter cette approche au dépistage et à l'élimination des facteurs générateurs de maladies, de déficience, incapacités et désavantages (préven-

tion primaire). Il semble possible de le réaliser si l'on prend une distance par rapport à l'objectif exclusivement curatif pour se préoccuper également des facteurs qui ont mené à la maladie ou au problème et à leurs conséquences.

Il reste donc pour terminer la correction des failles identifiées, à témoigner des ressources personnelles et extérieures de l'individu. Il nous paraît injustifié de nier en tout ou en partie la maladie, le problème, leurs conséquences et les facteurs qui y sont reliés, dans les cas où la disponibilité de ressources personnelles ou extérieures réduit le besoin de service. Nous proposons plutôt d'établir un lien opérationnel entre l'approche diagnostique modifiée et l'approche centrée sur les besoins. À l'instar de Toupin et Tilquin (1984) nous suggérons que les facteurs prédisposants, la maladie ou le problème et ses conséquences témoignent des *besoins potentiels*, et que la détermination des *besoins réels* résulte de la soustraction des besoins comblés par les ressources personnelles et extérieures, des besoins potentiels. Ce sont les besoins réels qui sont objet d'intérêt dans le cadre de la planification des programmes pour une population.

Si cette approche semble heuristique dans le cas de l'évaluation du jeune, elle peut l'être tout autant pour la famille dans laquelle évolue le jeune. La littérature est unanime à établir des liens entre les besoins de la famille et les besoins des enfants. L'approche que nous avons proposé permet de rendre compte des ressources de la famille puisqu'elle témoigne des ressources extérieures du sujet évalué. Toutefois, elle ne dépeint pas les besoins de la famille résultant de la maladie, de ses conséquences et des facteurs associés. Si l'on adopte une perspective interactionniste, on constate que la planification des programmes pour les jeunes ne saurait être réalisée sans planification de programmes pour les familles. La dispensation de programme à la famille autorisera éventuellement une réduction de la quantité de services requis par le jeune et pourra même tendre à les éliminer. Bref, dans une perspective systémique, la planification des programmes requis devra s'inspirer d'une évaluation des besoins réels du jeune et de sa famille.

Pour compléter cet exposé, il nous reste à établir la relation entre les besoins réels recensés chez le jeune et sa famille, et la planification des programmes. Nous référerons aux travaux de Tilquin *et al.*

(1982) pour y parvenir. Ces auteurs proposent : i) d'inférer des besoins réels les services requis grâce à une équipe multidisciplinaire, ii) de déduire des services requis les ressources requises pour les dispenser, iii) et de définir les programmes en terme de besoins auxquels ils répondent et des services ressources qu'ils comportent. Cette définition des programmes assure un lien direct et objectif entre les besoins du jeune et de sa famille et les programmes mis en place pour y répondre.

C'est cette approche qui anime nos travaux depuis le début de la recherche. Il n'est pas impossible que la recherche soit poursuivie pour encore deux ans, si des ressources de financement sont trouvées. Quant à cette première phase de la recherche, les résultats devraient vraisemblablement être disponibles à l'automne 1984.

Jean Toupin,
Charles Tilquin,
Henri Mercier

NOTE

1. Orientation des bénéficiaires mésadaptés sociaux dans le réseau des Affaires sociales. Projet subventionné par le Fonds de la recherche en Santé du Québec (FRSQ) 1983-84.

RÉFÉRENCES

- ACHENBACK, T.M. ELDERBROCK, C.S., 1978, The Classification of Child Psychopathology : a Review and Analysis of Research Efforts, *J. Consult. and clin. Psychol.*, 46, 759-776.
- CASSEL, J.C., 1974, Psychiatric Epidemiology, in Caplan G., Ed., *American Handbook of Psychiatry*, Vol. 2, *Child and Adolescent Psychiatry, Sociocultural and Community Psychiatry*, Basic books, New York, 401-410.
- GARFIELD, S.L., 1978, Research Problems in Clinical Diagnosis, *J. Consult. and clin. Psychol.*, 46, 596-607.
- KNESPER, J.D., MILLER, D., 1976, Treatment Plans for Mental Health Care, *Am. J. Psychiat.*, 133, 45-50.
- MacSTRAVIC, R.E., 1978, *Determining Health Needs*, Health administration press, Ann Arbor, 11.
- McDERMOTT, P.A., 1981, Sources of Error in the Psycho-Educational Diagnosis of Children, *J. School psychol.*, 19, 31-34.
- Organisation mondiale de la santé, 1980, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 11.
- SPITZER, R.L., FORMAN, J.R.W., NEE, J., 1979, DSM-III Field trials : Initial Interrater Diagnostic Reliability, *Am. J. psychiat.*, 136, 813-817.
- TILQUIN, C., 1982, *L'orientation du bénéficiaire dans le réseau*, EROS, Montréal, 3-43.
- TOUPIN, J., TILQUIN, C., 1984, *Évaluation des bénéficiaires hébergés en milieu psychiatrique*, Étude de faisabilité réalisée pour le compte du ministère des Affaires sociales du Québec, Document inédit.